

指定自立支援医療機関(精神通院医療)提出書類一覧【薬局用】

申請種別	提出書類	提出期限
新規申請	指定申請書(薬局用)(様式第2号)	毎月20日締切
	主として担当する薬剤師の経歴書(別紙2)	翌月1日付けの指定となり、有効期間は6年間です。 ※医療機関コードが未確定である場合は、空欄で提出いただき、確定し次第ご連絡ください。
	主として担当する薬剤師の薬剤師免許証の写し	
保険医療機関の名称、所在地 開設者名、開設者代表者名、開設者住所の変更	指定変更届(薬局用)(様式第7号)	速やかに ※各種変更に伴い医療機関コードが変更となる場合は、指定医療機関の「廃止」及び「新規指定」の手続きが必要です。
主として担当する薬剤師の変更	指定変更届(薬局用)(様式第7号)	速やかに
	主として担当する薬剤師の経歴書(別紙2)	
	主として担当する薬剤師の薬剤師免許証の写し	
更新申請	更新申請書(薬局用)(様式第10号)	有効期間終了月の20日締切
	主として担当する薬剤師の経歴書(別紙2)	6年間の有効期間後も引き続き指定を受けたい場合は、更新申請が必要です。
	主として担当する薬剤師の薬剤師免許証の写し	
辞退 (保険医療機関としての業務は継続されるものの指定を辞退したい場合)	辞退届(様式第14号)	辞退日の1ヶ月前までに辞退届を提出してください。
休止・廃止・再開 (保険医療機関としての業務を休止・廃止・再開する場合)	休止・廃止・再開届(様式第15号)	速やかに

毎月20日までに受付したものを翌月1日付けで決定します。

提出先

〒980-0845
 仙台市青葉区荒巻字三居沢1-6
 仙台市精神保健福祉総合センター(はあとぽーと仙台)